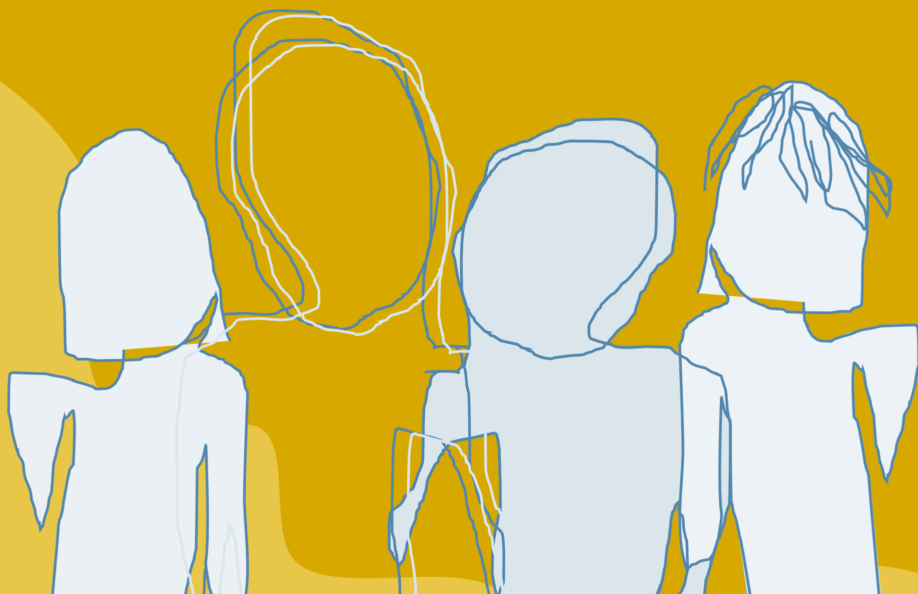
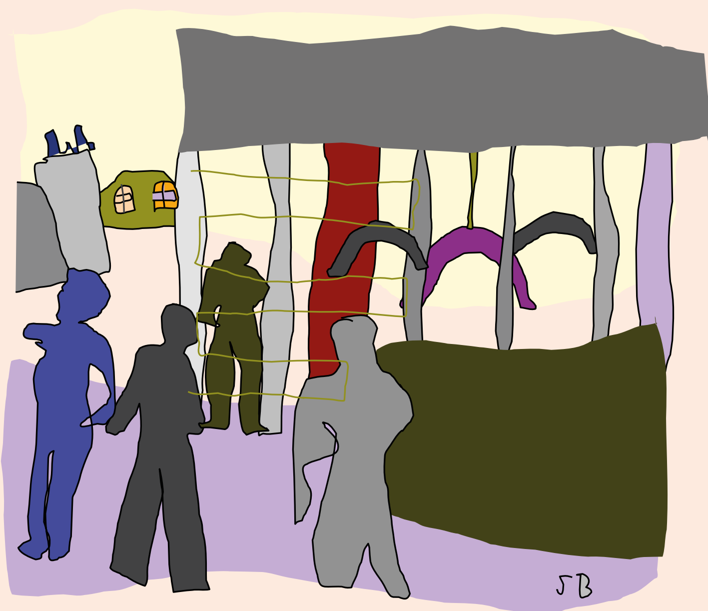


HUR UPPVÄXT-TRAUMA

kan påverka den som blivit vuxen

SVANTE BÄCK





Uppväxttrauma och komplex PTSD

Till dig som kanske haft en svår uppväxt, eller känner någon med detta. Och till dig som jobbar i vårdens olika hörn eller bara är nyfiken. Personer med uppväxttrauma finns givetvis både inom psykiatrin men också överallt inom vården både i primärvård och annan kroppssjukvård. För det mesta har deras lidande fått fel diagnos, vilket i värsta fall gör vald behandling skadlig.

HÄFTET I DIN HAND beskriver vad som kan hända med en person som haft en svår uppväxt. Här kan det ingå att ha blivit misshandlad, kritiserad för "allt" man gjort, sexuellt övergreppad eller nästan helt fått sköta sig själv. Eller tvingats bli "förälder" åt sin förälder.

Ibland ger detta ett knippe svårigheter och symtom som ofta först visar sig när personen blivit vuxen. Fram till år 2018 hade detta bara en forskningsdiagnos, men nu finns den med i den nyutkomna diagnosboken ICD-11.

Vi tror att du som har dessa erfarenheter har stor nytta av att lära dig mer om hur psykologin fungerar och veta vad du själv kan göra. Och lite om vad vården kan bidra med. Men det är även viktigt att veta vilken behandling som kan förvärra symtomen ytterligare. Uppväxttrauma är en vanlig men "okänd" störning där också vården i många fall just börjat förstå vad detta innebär. Många har fått andra diagnosnamn utan koppling till den riktiga orsaken "trauma".

En tidigare patient till mig, C, har skrivit om sina erfarenheter på flera ställen, men även bidragit med viktiga synpunkter på helheten. Till sist ett stort tack till Lundbeck för viljan att bidra med att sprida kunskap om detta angelägna, men för många okända ämne.

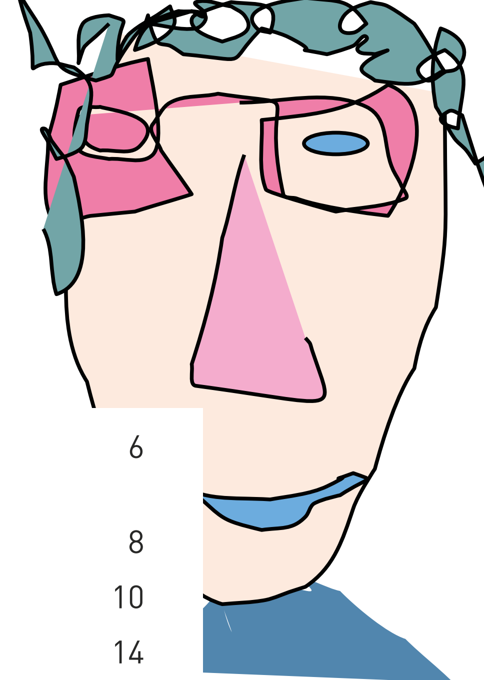
Västervik 17 maj 2019
Svante Bäck, psykiater

Text: Svante Bäck samt C, min tidigare patient
Foto och bilder: Svante Bäck (utom sid 25)
Art Director: Anki Edenström, Formgårda AB

HUR UPPVÄXT-TRAUMA

kan påverka den som blivit vuxen

SVANTE BÄCK



Innehåll

Kan uppväxttrauma ge problem hos den som blivit vuxen?

Jag var under många år ansvarig överläkare på en psykiatrisk avdelning dit det kom patienter från olika privata behandlingshem. En del patienter hade något gemensamt, de kom ofta via intensiven efter suicidförsök. Det var mest unga kvinnor, men också enstaka unga män.

1. De blev akut suicidala utan förvarning. Gjorde ibland bisarra saker som att dricka kemiska farliga vätskor.
2. Ofta gick det över på en natt utan att hen mindes händelsen. Samma mönster varje gång.
3. Patienten var påtagligt sjuk när hen kom, men påtagligt normal nästa morgon. Mindes inget eller ville inte berätta varför....
4. Det var nästan uteslutande kvinnor. Männen hittade jag senare inom rättspsykiatrin.
5. Uppväxten hade ofta varit "jobbig" men utan att hen kan minnas detaljer.
6. Ibland prepsykotiska. Talade för sig själv.
7. Ofta även självskadebeteende.
8. Sällan missbruk, men ofta alkohol i samband med suicidförsöket.
9. De blev hemskickade, men kom åter efter nya suicidförsök.

Martin Luther har sagt

Vi är lika skyldiga för det vi säger, som det vi låter bli att säga!



Vad var detta och vad skulle vi göra?

Jag åkte under flera år till psykiatrikongressen APA i USA – och där hittade jag svaret. Detta har med uppväxttrauma att göra. Föräldrar och deras vänner utsätter sina barn för ett kriminellt och straffbart beteende, under lång tid. Väl skyddat bakom hemmets väggar. Och de som anar vad som pågår är för fega för att öppna ögonen och göra något.



DESNOS
[misstanke]

- Frisk (ung) vuxen, men upprepat, ofta bisarrt, självdestruktivt beteende
- Bisarra suicidförsök, ofta ihop med alkohol
- Tidvis underlig och aggressiv
- Dissocierar (se sid 30)
- Röster – syner – hallucinationer

Diagnos

För en person som har ett psykiatriskt lidande finns det ett antal diagnoser att välja mellan. Eftersom vi inte säkert vet vad psykiska problem beror på bestämde man sig för att satsa på beskrivande diagnoser såsom ångest, psykos, depression och beroende.

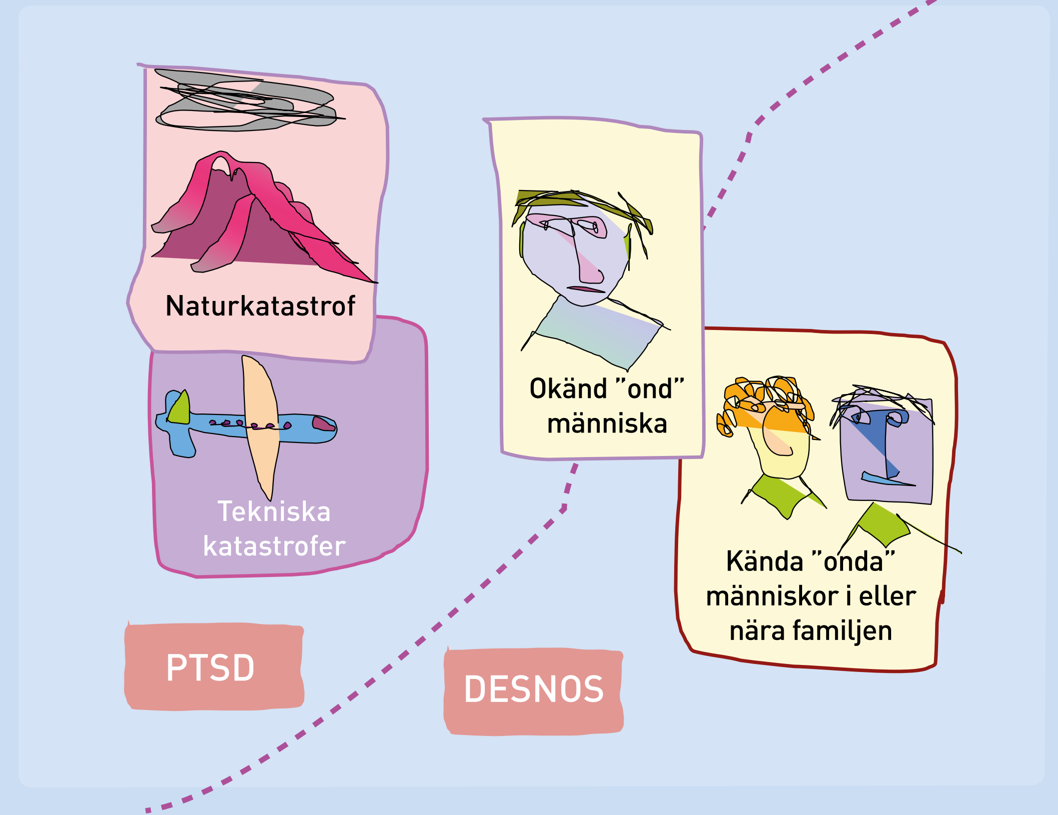


Men det fanns ett par undantag; främst psykiskt och fysiskt trauma som orsaksfaktor. 1980 hade Vietnamveteranerna återvänt från det krig som USA förlorat! Freden kom 1974. Ingen hjältegloria fanns kvar, man ville bara glömma. Men det var något dessa soldater inte kunde, kriget fortsatte inne i deras huvuden dag och natt. Man gjorde då en ny diagnos för detta tillstånd:

Posttraumatiskt stresstillstånd (disorder) eller PTSD (kom år 1980 i USA i diagnosboken diagnosboken DSM).

Detta passar bra in på människor som upplevt krig och våldsamma katastrofer, men även rån och trafikolyckor.

Alltså okända människors "onda" handlingar eller naturfenomen. Uppväxttrauma däremot orsakas av "kända människors" onda handlingar på de egna barnen och ungdomarna. Detta blir på många sätt en värre skada. Om traumat dessutom sker i unga år skadas också anknytningen, dvs hur man relaterar till andra människor. Livsavgörande färdigheter som att skilja ut vad som är ont eller gott skadas också för lång tid framöver.



Uppväxttrauma-diagnosen har inte funnits i diagnosböckerna förrän våren 2018 då det togs in under namnet Komplex PTSD (i boken ICD-11 uppbackad av WHO).

Det har dock forskats på uppväxttrauma sedan 1980-talet under namnet DESNOS: Disorder of Extreme Stress, Not Other Specified och jag redovisar den beskrivningen här i stället. Jag anser att den är mer mer pedagogisk, båda täcker samma fenomen.

Det viktiga är alltså att både PTSD och Komplex PTSD har en tydlig orsak nämligen trauma. Detta skiljer dem från de allra flesta andra psykiatriska diagnoserna.

PTSD
förkortad beskrivning

Många personer hämtar sig efter trauman och utvecklar aldrig PTSD. Men flera får årslånga eller kanske livslånga problem. Risken att utveckla PTSD efter trauma beräknat på hela livstiden är cirka 10 % för kvinnor och 5 % för män.

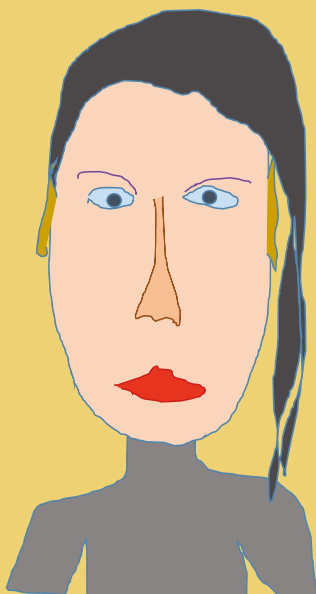
Den starkaste skyddsfaktorn är socialt stöd av familj och vänner. Med ett klent sådant stöd ökar alltså risken för PTSD markant.

Tyvärr är PTSD en psykiatrisk prislapp för krigets vansinne. Många bisarra våldsdåd utförs av krigsveteraner som i sitt undermedvetna tror att kriget fortsätter och försvarar sig med vapen och knivar mot inbillade angripare. Det kan vara skolor,offentliga platser, inom familjen med mera. Många krigsveteraner använder också droger som gör allt värre.



FAKTA SYMPTOM (FÖRKORTAT)

1. Svåra minnen, mardrömmar, flashbacks (”filmklipp”).
2. Undviker platser och påminnelser om detta.
3. Minnesstörningar.
4. Känsla av värdelöshet.
5. Irritabel, argsint, lättskrämd.
6. Pågått i mer än 1 månad.



Min patient C om anhöriga som förövare

Jag älskade mina föräldrar, trots att jag samtidigt var skräckslaget livrädd för dem och vad de gjorde. En anhörig person som begår övergrepp, får en dubbel position. På ett sätt var jag fysiologiskt knuten till dem och älskade dem. Samtidigt var de mina värsta fiender och jag kunde aldrig gömma mig för dem. Om de varit okända personer, hade jag kunnat skapa en tänkt fiende. Men hur skulle personer som jag älskade också kunna vara mina fiender?

Det här gjorde mig otrygg och jag visste inte vem jag skulle lita på. En dag var mamma en person som bakade bullar men nästa, en våldsam svartögd vuxen fylld av hat och våld. Det här påverkar min förmåga till att lita på människor ännu, fastän det var många år sedan det hände.



För DESNOS/uppväxttrauma tillkommer ytterligare en svårighet: vid PTSD är den främsta läkande insatsen att den lidande får träffa sina nära och kära. Men vid DESNOS är dessa personer samma som orsakat eller inte räddat barnet från det traumatiska. De kan inte trösta den som de själva har skadat!

Uppväxttraumadiagnos

Här följer kriterierna för DESNOS, i princip samma som Komplex PTSD, men lite utförligare och lättare att följa och förstå.

DESNOS

A 1. Interpersonellt uppväxttrauma/n
B 1. Dissociation (se sid 30)
2. Svårt styra sina känslor och impulsivitet (aggressiv, våldsam)
3. Kroniskt självdestruktiv
   - självskadebeteende
   - suicidförsök (suicidförsöksbeteende)
   - missbruk
   - ätstörning
4. Amnesier (få eller inga minnen) för barndomsepisoder
5. Somatisering (kroppsbesvär av psykiska orsaker)
6. Ständig känsla av skuld, skam och självförakt
7. Svårt lita på andra, svårt med närhet
8. Förlorar sin KASAM (känsla av sammanhang)

A ska vara uppfylld och minst 3 av B1-B8.

Det vanligaste hos mina patienter är att de uppfyller nästan allt på listan. Det kan skilja på vilka delar av det självdestruktiva som är uppfyllda.



EN FALLBESKRIVNING

Jag minns tjejen Lena på drygt 20 år som kom till oss, buren av fyra stadiga poliser. Hon slogs och spottade och var bland den jobbigaste personalen upplevt. Någon dag senare gick vi igenom hennes historia.

Hon var uppvuxen i en större stad, var ett oönskat barn som sattes nyfödd ut i en korg i en park. Hamnade senare i fosterhem där pappan förgrep sig på henne och mamman blundade. Hon fick skuld för allt som hände under uppväxten.

Vi tittade tillsammans på ovanstående kriterier.

A var solklar: B1 dagligen, B2 Oh ja! och B3 självdestruktiv var hon också. Exempelvis kunde hon åka in till centrum som tonåring och bjuda ut sig till manliga turister.

– Varför?

– Har ingen aning, blev svaret.

Ofta skedde det i minnesförlust, självhypnos. Personen använde den teknik hon tvingats ta till under barndomens övergrepp.

Hon gjorde upprepade allvarliga suicidförsök. Nästan alltid i samband med alkohol, som tyvärr utlöser dissociation (och gamla minnen).







Hon kom en gång till akuten med 6 promille alkohol. Man brukar lägga in patienten redan vid 3.5 på grund av att det är livsfarlig nivå.

Minnet från barndomen var fläckvis borta. Hon upplevde kroppsliga symtom som ingen doktor kände igen. Skuld och skam var hennes reaktion på nästan allt som hände henne även i dag – allt var hennes fel. Hon litade inte på andra och såg inte hur saker hängde ihop.

Jag sa till henne när vi summerat historien.

– Du har DESNOS! Egentligen är du inte sjuk, men du har drabbats av en svår uppväxt beroende på en kriminell uppfostran. Det gör att du måste leva lite annorlunda.

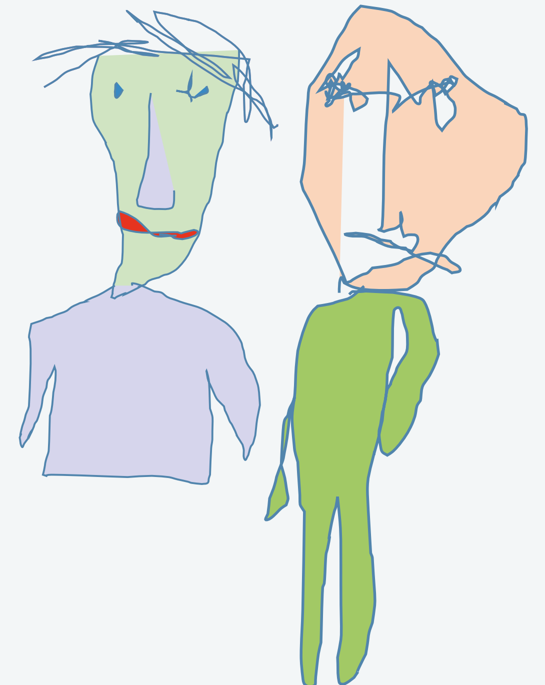
Exempelvis kan du inte dricka vin på fredagskvällen. För du tappar kontrollen, dissocierar tillbaks till gamla onda tider. Och då känner du att livet är hopplöst för evigt.

– Javisst. Jag vill ta livet av mig för att lidandet ska upphöra.

– Men det är fel! Jag vill att du fortsätter att leva så jag kan hjälpa dig att bli mycket bättre!

Tänk efter lite:

1. Det var dina föräldrar som uppförde sig illa, inte du.
2. Du har inget ansvar för dem, men de hade ansvar för dig, vilket de misskötte grovt.
3. När du dissocierar blir du liten igen, klockan har stannat på barndom. Tortyren känns evig.
4. Men i dag är du vuxen, dina föräldrar kan inte skada dig längre.
5. Du får inte ta livet av dig för vad de har gjort.
6. Dina föräldrar är förövare och borde känna skuld, inte du som är offret och var ett omyndigt oskyldigt barn när det hände.



MIN PATIENT C OM SJÄLVMORDSFÖRSÖK

Välkommen tillbaks!

Jag har gjort många, många självmordsförsök. De har inte varit rop på hjälp, utan verkligen försök att få slippa ifrån livet. Jag lever ju ännu, så inget av försöken blev till självmord. Några gånger blev jag rädd och bad om hjälp, några gånger var det någon utifrån som hittade mig och några gånger överlevde jag mot alla odds.

Hur kan det då bli så här? Något definitivt svar finns inte, men i bakgrunden till vad som händer, när jag ger upp och vill försvinna, finns ett starkt självhat. För länge sedan lärde jag mig, att allt dåligt som hände var mitt fel och man sa, att det vore bäst om jag varit död. Till slut blev det till en sanning för mig. När känslorna blev för starka, kunde jag göra vad som helst utan att inse konsekvensen av det. Jag skadade mig själv men framförallt ville jag fly och den ultimata flykten var att dö.

Det har varit viktigt för mig att ingen, varken jag själv eller någon annan, skuldbelägger mig för att jag inte vill leva. I en text om psykisk livräddning, lärde jag mig att säga till mig själv "Välkommen tillbaks" utan värderingar eller andra känslor. Dessutom har jag lärt mig att be om hjälp lite tidigare, än när katastrofen är ett faktum. Då är det viktigt att bli tagen på allvar och få hjälp att hantera tillvaron i det korta perspektivet.



Vad är uppväxttrauma och hur vanligt är det?

Det är förvånande många som haft uppväxttrauma.
Det är dock viktigt att vi försöker definiera vad som är vad.
Det räcker inte med att man varit med om något allvarligt,
själv eller på nära håll, det ska också göra att vardagen tydligt
påverkas under minst en månad.

1. Det kan vara fysiskt våld eller psykisk misshandel dvs att ständigt bli nedvärderad och få skäll för allt. Att aldrig duga.
2. En extra giftig variant är sexuella övergrepp – allt från beröring med sexsyfte till våldtäkt.
3. En annan variant är att inte få uppmärksamhet alls – att bli försummad.
4. Att se på hur annan nära anhörig blir misshandlad, är likvärdigt med att bli misshandlad själv.
5. Det kan ske en gång, eller pågå under lång tid, vilket är det vanligaste.
6. Ofta kombinationer av flera av punkterna.
7. Det typiska är att det efter traumana är ett mångårigt tyst intervall innan DESNOS bryter ut.
8. Kanske är det naturens vishet att skjuta upp reaktionen till vuxentiden, då man kanske är ute ur föräldrahemmet.



En av de främsta forskarna hävdar att i den grupp som söker psykiatrin har cirka hälften av patienterna haft uppväxttrauman. Det är dock många som haft mer eller mindre traumatisk uppväxt som inte utvecklar DESNOS. Eftersom diagnosen är så ny har vi inte riktigt klart med svenska siffror på hur många som utvecklar diagnos. Men det är en påtaglig del av de psykiatriska patienterna. Som dock av naturliga skäl gömmer sig under andra diagnoser.

Positiv motvikt

Det finns tack och lov många sätt att kompensera upplevelserna med positiva moterfarenheter. Människan är en fantastisk konstruktion.

Den finske psykiatern och psykoterapeuten Ben Furman skrev den fina lilla boken:

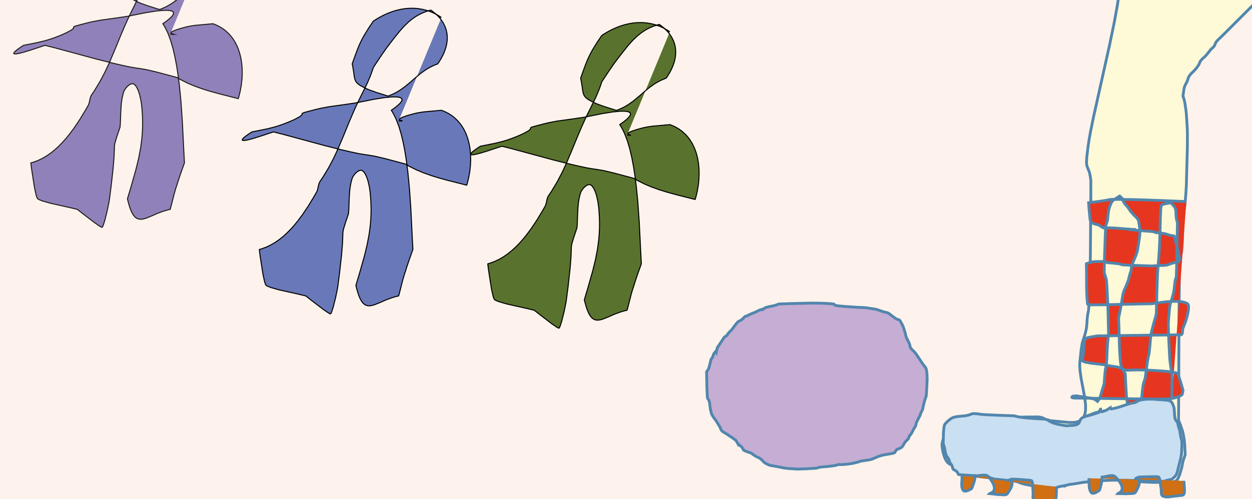
Det är aldrig för sent att skaffa sig en lycklig barndom.

Här berättar han hur människor burit sig åt, som trots en svår barndom ändå fungerar bra som vuxna. Det gemensamma var att de hittade ersättningspersoner och aktiviteter som normaliserade tillvaron åtminstone ibland. Tillräckligt för att de inte skulle utveckla ett traumasyndrom.

Kanske var det en lärare, en granne eller en äldre kompis. Eller också hittade de en gemenskap, exempelvis kyrkan, fotbollen eller dansklubben.

Fantasi och kreativitet är till stor nytta när det gäller att hjälpa sig själv och bearbeta på en undermedveten nivå.





En annan variant på samma tema är AnnBritt Grünewalds kommentar om sina grabbar (fångar) på Norrtäljeanstalten.

– Om mina grabbar får fatt i något av de tre F:n går det bra för dem:

FÖRÄLSKELSE – FOTBOLL – FRÄLSNING

Givetvis kan fotboll betyda även annan gruppsamhörighet och man kan tro på Gud i många skepnader. Eller som nuvarande påven Franciskus sa till sina kollegor imamen och rabbinen när han var på besök i Sverige:

– Det är ju ändå samma Gud, så vi kan ju fira gudstjänst gemensamt...

Färska och gamla traumaminnen

Det finns en tydlig skillnad mellan hur vår hjärna behandlar positiva och lyckliga minnen respektive smärtsamma och traumatiska minnen. Man trodde länge att de svåra minnena ofta trycktes undan så det var svårt att få fram dem igen. Men de finns där lagrade med sin fulla kraft och smärta, med samma känslor som då allt hände.

Det är ofta värdefullt att försöka få fram färska traumatiska minnen hos vuxna och skapa en röd tråd som binder ihop minnesfragmenten. Det kallas debriefing. Men när det gäller minnen som är 10 - 30 år gamla och som hänt i barndomen, kan effekten bli den motsatta med försämrat mående och kanske nya självmordsförsök.

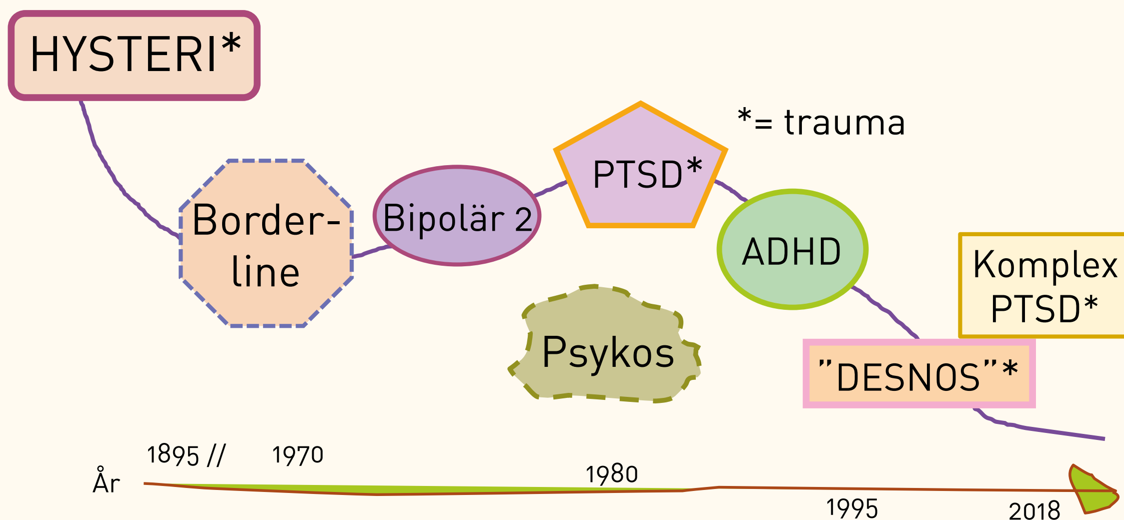
POETEN LORD BYRON KONSTATERADE KLOKT

Minnet av lycka är inte längre lycka:

minnet av smärta är alltjämt smärta.

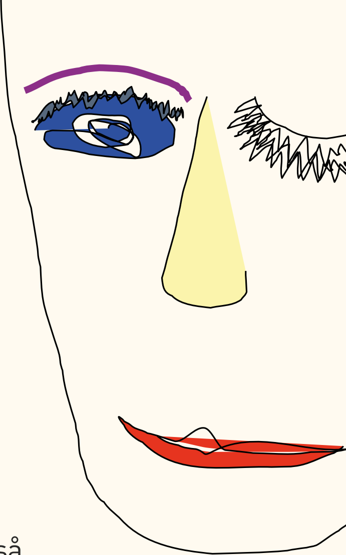


Vad har DESNOS fått för diagnos tidigare i historien?



Alternativa diagnoser
Ovan framgår de diagnoser man främst använt i stället för DESNOS. Jag har på vågräta axeln angett ungefär när diagnosen skapades.

Freud och hans samtida förundrade sig över hur många patienter, främst kvinnor, som uppvisade "hysteriska reaktioner". De svimmade eller fick förlamning av ett ben eller en arm som inte vetenskapen kunde finna någon kroppslig orsak till. Man kallade det hysteri. En känd läkare i Paris, professor Charcot, hade kliniska demonstrationer runt sekelskiftet 1900 där patienterna "på kommando" kunde uppvisa en hel flora av hysterier. Vad den lärda publiken, inklusive Freud, inte visste var att Charcots patienter var hyrda för tillfället, per timme. De arbetade annars som prostituerade i Paris! Alla hade haft uppväxttrauma med sexuella övergrepp.



Här ser vi den sorgliga kopplingen mellan prostitution och sexuella övergrepp. Det finns också andra förklaringar, men denna är tyvärr en vanlig orsak.

Flickan som tvingats vänja sig vid den vuxnes sexualitet, att spela med i "rollspelet" fortsätter ibland med den rollen också som vuxen. Det kan leda till att kvinnan "i rollspelet hon lärt in" förför mannen omedvetet. Ofta sker detta under dissociation! När hon sedan "vaknar" efter sexet anklagar hon mannen för våldtäkt. Och han förstår ingenting.

– Hon ville ju, tog till och med initiativet!

Störningarna till vänster visar vad man använt för diagnoser. Det finns överlappningar mellan dessa, men rätt ska vara rätt. Finns det en tydlig traumaorsak ska den också framgå av diagnosen. Jag har genom åren funnit klassiska DESNOS-patienter som fått diagnosen borderline, ADHD, kortvarig psykos och bipolär 2. Ingen är korrekt eller bra, men som beskrivning kanske borderline stämmer bäst.

Professor Basil van der Kolk USA, var en av dem som gav oss PTSD-diagnosen 1980. Han gjorde en fältstudie på borderlinepatienter där minst 70 % visade sig uppfylla DESNOS-kriterierna, och ytterligare cirka 15 % kanske gjort det om de haft bättre journaler som bekräftat de anamnestiska uppväxttraumana. Kort sagt, det verkar som många patienter med borderline också uppfyller en DESNOS-diagnos, men DESNOS-patienter har inte generellt sett borderline.

1993 försökte van der Kolk första gången få DESNOS godkänd i diagnosboken DSM i USA men fick nej. Det har hänt flera gånger sedan dess, senast till version DSM-5 som utkom 2014, utan DESNOS.

Han blev mycket besviken.

Kan man ha flera diagnoser?

En annan faktor är att många patienter uppfyller minst 2 diagnoser, ibland fler. Det finns stora studier som pekar på koppling mellan uppväxttrauma och både psykiska och somatiska diagnoser exempelvis missbruk/ beroendesjukdom, våld i hemmet, självmord, ökad mängd infektioner, fetma, cancer med mera.

När man har trauman i bagaget påverkar det också själva upplevelsen av kroppslig smärta. Det kan paradoxalt nog både förvärra smärtan men även tränga undan den.

Jämförelse mellan PTSD och DESNOS

PTSD

- Olyckor och katastrofer är speciella, enstaka och sällsynta.
- Ångesten kopplas till speciella faktorer.

DESNOS

- Upprepat traumatiserade barn.
- Kopplar känslor till sin vardag. Ångesten väcks till liv av vardagsljud, färger, lukter med mera.
- Traumat upprepas flera gånger.

Den som har PTSD har ofta skadats under begränsad tid, men vid DESNOS sker skadan under flera år. ”Minorna” (sid 32) triggar igång en ångestreaktion. Vid PTSD är de oftast färre än vid DESNOS där ju traumat skedde i hemmiljö. PTSD-traumat ligger nära i tiden, för DESNOS kanske årtionden bakåt.

Det kan vara botande att ha debriefing (hjälpa personen att minnas det traumatiska) för den som nyligen varit med om något traumatiskt. Men, det kan vara direkt skadligt att tvinga fram detaljrika minnen från trauman som ligger åratal eller årtionden tillbaka. Det blir som om det sker igen här och nu, och med terapeuten som förövare.

Jag har sett flera exempel på att den patient som berättat i detalj om övergrepp och misshandel i barndomen, får en lång försämringsperiod med upprepade nya suicidförsök.



Symtom och problemområden

1. Dissociation

Dissociation innebär att medvetande, minne, identitet och upplevelse glider isär. Professor Kolk menar att dissociation är traumats själva essens.

Dissociation kan ske under själva traumat, men kan sedan plötsligt och oväntat komma igen när patienten upplever hotfullhet, gamla minnen eller obehag. Ofta sker detta snabbt och omedvetet, till exempel under ett samtal med behandlaren, som kanske inte heller märker något.

Patienten liksom släcker skärmen, är vaken men är inte med. Problemet är att denna del av samtalet är bortkastad, kontakten är stängd och patienten är ofta åter i sina gamla onda traumaminnen.

Patienten kan även reagera med våld mot omgivningen, sig själv (suicidförsök) eller flykt. Eller gå in i sig själv och bli onåbar.

Kan du resa på dig en stund...
I USA lärde jag mig en effektiv åtgärd mot dissociation.



När min patient börjar verka avstängd och frånvarande gör jag så här:

Jag reser mig själv först.
– Kan du också resa dig?
– Nu står vi upp och samtalar en stund.

Eller tar en promenad.

– Är du med i samtalet igen nu?
– JA!

Underligt nog bryter detta effektivt dissociationen. Och man kan samtala vidare. Kanske hjärnan inte kan göra flera saker samtidigt.

MIN PATIENT C OM DISSOCIATION

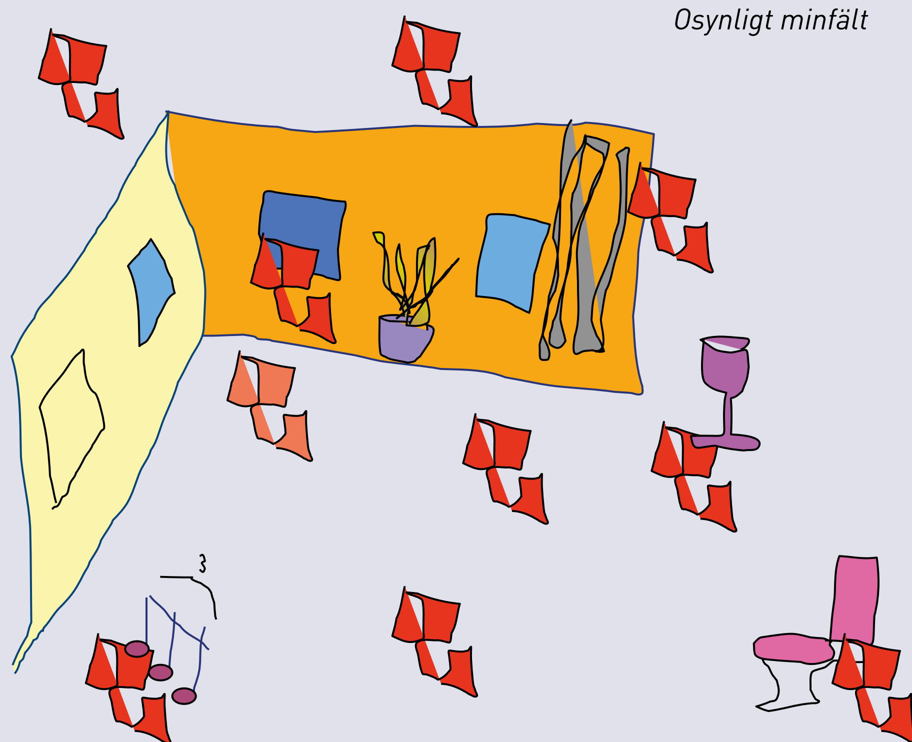
Dissociation lärde jag mig för länge sedan. När smärtan blev för stark, skräcken för stor eller mörkret för ogenomträngligt, stängde jag av. Då var jag i en annan värld och i ett annat medvetande, där inget kunde nå mig. Trots att smärtan var så stark, kände jag inget mer. Detta upprepades och blev till ett mönster som hjälpte mig att överleva som barn, men blev till problem i det vuxna livet. När känslorna blev starka, tappade jag kontrollen över mina handlingar och kunde förändras till en annan person eller återigen stänga av. Ofta sprang jag min väg från det som var jobbigt, för att efter en lång tid upptäcka att jag inte visste var jag befann mig eller vad som hänt.

Dissociationen kunde också känslomässigt göra mig liten, till ett litet skräckslaget barn som inte förstod vad som hände runtomkring mig. Inuti fanns också en mycket arg tonåring, som vid de ytterst sällsynta fall den släpptes ut, var otroligt arg och sa saker som gjorde stor skada.

Den vanligaste formen för min dissociation var ändå att slå av. Då flöt orden över huvudet, synen blev suddig och jag blev mycket ensam. Dissociationen kommer fort och oftast upptäcker jag vad som hänt först efteråt. När det sker lossar kopplingen mellan medvetenheten och identiteten. Det är skrämmande med dissociation, men det är viktigt att inte skämmas för den. Det är inte så lätt att berätta att man blir till ett litet barn när stressen är för stor eller att man inte minns vad som sagts i en viss situation.

Första steget mot att hantera dissociationerna var att inse att de fanns där och sedan lära mig reflektera över vad som hänt när det hände. Först därefter kunde jag lära mig att vara uppmärksam på tecknen, för att till slut kunna möta dissociationen med närvaro, medveten närvaro.

Osynligt minfält



2. Minor och minfält

Precis som för oss alla kan det helt plötsligt och oväntat dyka upp gamla minnen, känslor eller melodier. Ibland vet vi vad som triggade, men inte alltid. Vissa triggers går under medvetenhetsradarn.

För personer med uppväxttrauma är det nästan alltid negativa minnen som dyker upp – som följs av känslor av hopplöshet, skuld och smärta. Personen är åter i den barndom som känns evig. Tiden står still.

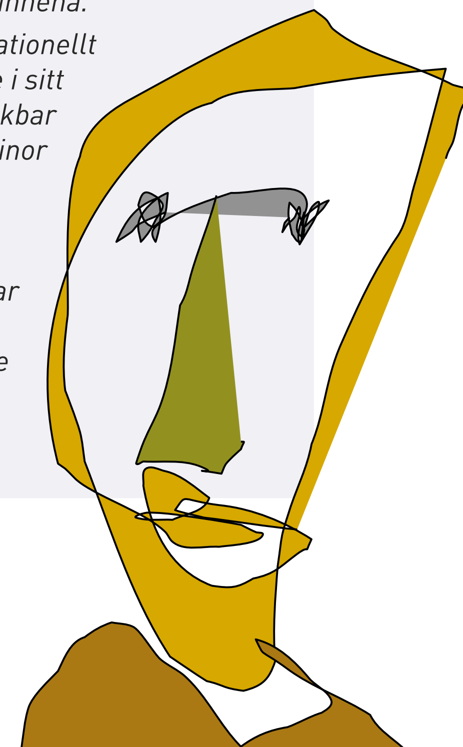
Jag och C kallade detta för minor och minfält när vi försökte förstå vad som utlöste dessa minnen och ofta dissociation.

MIN PATIENT C OM MINOR:

Jag hade och har flashbacks eller drömmar, från tiden då övergreppen skedde. Dessutom kan jag drabbas av mer indirekta påminnelser om vad jag varit med om. Vissa fenomen, som starka ljud, människors beteende, en matta av en viss färg eller en lukt, kan skapa mycket stark ångest och i förlängningen dissociation, trots att fenomenen inte är farliga här och nu. Jag kanske inte riktigt vet vad som skapar de starka känslorna men på något sätt påminner de om det som hände.

För mig är fortfarande gröna mattor, svischljud och piptobak, saker som gör mig rädd, orolig eller rent av skräckslagen. Ord som "tålamod" eller människor som anser att de vet allt, kan också väcka minnena.

Dessa fenomen kan få mig att agera irrationellt och kanske springa min väg, trots att de i sitt sammanhang inte alls är farliga. En tänkbar bild, för hur det blir är att se det som minor på ett för övrigt lugnt fält. Någon annan person kan utlösa minorna oavsiktligt, genom att använda ord eller beteenden som skapar starka minnen i mig. Här har jag haft nytta av att lära mig känna igen mina triggers och också få din närmaste omgivning att förstå.





3. Skillnad i uttryck hos tjejer/killar och kvinnor/män med DESNOS

Det finns på ***gruppnivå*** en tydlig skillnad mellan män och kvinnor: kvinnor riktar hatet och ilskan inåt sig själv, medan män vänder den utåt. Det innebär att du ofta hittar kvinnorna på intensiven efter ett suicidförsök, medan männen hamnar hos polisen, i fängelset eller döms till rättspsykiatrisk vård. På ***individnivå*** kan det dock se annorlunda ut.

Många inom vår egen rättspsykiatri i Västervik hade haft förfärliga uppväxttrauman och flera av dessa uppfyllde DESNOS.

4. Kroppen och kroppsminnen

Professor Van der Kolk beskriver i sin bok ”The body keeps the score” hur traumapatienten inte känner sin kropps helhet. Sinnena verkar separerade från varandra.

Förklaringen är att den traumatiserade personen hade lärt sig stänga av de områden i hjärnan som hade förmedlat traumats smärta och obehag. Till slut har dessa blivit permanent avstängda. Detta drabbar upplevelsen av att känna sitt eget själv och känna sin egen kropp.

Personen har ofta också en snabbkoppling mellan delar av sin kropp och traumaminnen –”kroppsminnen.” En viss beröring kan utlösa total panik och leda till att man sparkar och slåss ”för sitt liv.”

En traumakunnig sjukgymnast kan innebära ***stor*** skillnad i hur man återfår kontakten med sin kropp och självkänsla.



En psykotisk ung kvinnas självporträtt.

Min patient C om kroppen



I kroppen bor det många minnen. Där finns minnen av smärta från övergreppen. Jag har också en förmåga att stänga av, hur det egentligen känns. På många sätt var jag separerad från min kropp, när jag var som sjukast. Mitt kroppshat var starkt och alla speglar var mina fiender. Dessutom hade jag svårt att uppfatta kroppen som något annat än ett verktyg. Kroppen var mina armar, mina ben och mitt huvud. Av detta följde, att känsloupplevelser antingen gav för starka överväldigande signaler eller inga signaler alls. I de delar av kroppen som utsatts för övergrepp, kände jag inget och kunde framförallt inte känna något positivt. Om jag var oförberedd på att någon skulle röra mig, kunde jag i stället bli väldigt rädd.

En sjukgymnast har hjälpt mig mycket, med hjälp av det som kallas Basal Kroppskännedom. Vi gjorde en upptäcktsresa genom kroppen. I första steget gällde det att helt enkelt kunna uppleva de olika kroppsdelarna. Jag flyttade min kroppstyngd och fokus, framåt, bakåt och åt sidan. Sakta kunde jag lära mig att beskriva mig själv och att uppleva kroppen som något annat än farlig. Andningen blev min vän och till ett redskap för att hantera ångest. Till slut lärde jag mig också, att kroppen kan ge upplevelser av glädje. Att arbeta direkt med kroppen ändrade min inställning till mig själv, på ett sätt som inga samtal i världen kunde gjort. Jag lärde mig känna och respektera min upplevelse. Fortfarande är jag rädd för tandläkaren och en del undersökningar i sjukvården, men jag kan hantera rädslan.

5. KASAM, känsla av sammanhang

Sociologen Aron Antonovsky har studerat vad som håller oss friska trots påfrestningar. Han fann att begreppen *begriplighet, hanterbarhet* och *meningsfullhet* gör oss motståndskraftiga. Tappar vi förmågan till vårt sammanhang, KASAM, fungerar vi allt sämre.

Min patient C om utanförskap

Jag har alltid känt mig annorlunda. I min ursprungsfamilj var jag det svarta fåret. Om det så regnade på semestern, var det mitt fel. Så trodde jag att det var i varje sammanhang, där jag mötte andra människor. Jag ville göra alla glada, kände mig alltid annorlunda och visade ofta upp en mask. På så vis blev jag till en person som jag inte var och upplevde mig som en lögn. Det yttre och det inre stämde inte. När jag senare i livet blev sjuk förstärktes detta. I min värld skulle man vara duktig och lyckad men plötsligt var jag ingendera. Vad var då min identitet? Ingen hade bekräftat att jag dög som jag var och nu var jag ingen. Dessutom hade jag svåra psykiska sjukdomssymtom, som det var tabu att prata om. Sakta, sakta har jag sedan börjat kunna bygga en identitet med hjälp av andra människor än familjen, människor som har tyckt om mig som jag är.

Kanske kan jag en dag känna mig sann.





6. Var kan man hitta personer med uppväxttrauma/DESNOS?

Givetvis finns personer med uppväxttrauma överallt, i alla sammanhang och samhällsklasser. Men med det sagt finns det fler personer med DESNOS i vissa sammanhang.

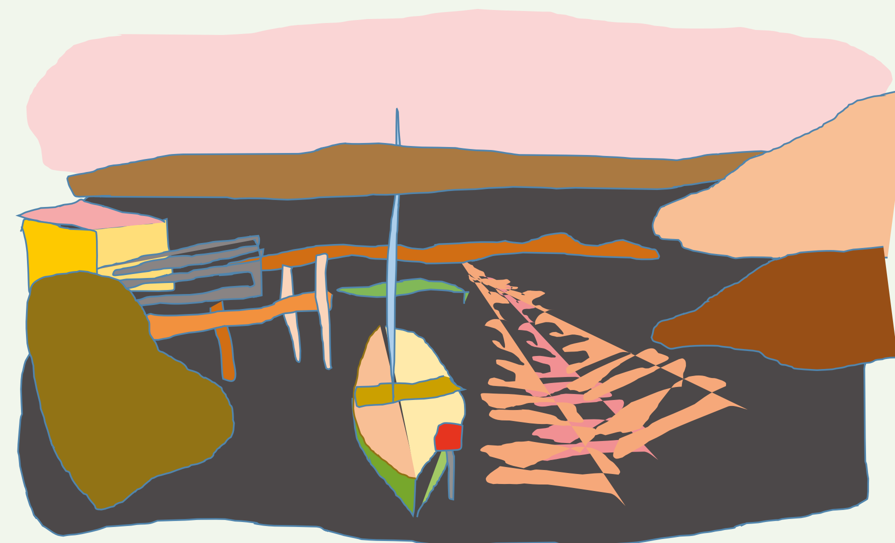
- Bland psykiatrins patienter generellt.
- Bland dem som gjort suicidförsök, men även tagit sitt liv.
- Mordförsök och mord. Leta inom fångvård och rättspsykiatri.
- Psykosomatik (kroppssymtom pga psykorsaker).
- Missbruk/beroende. Ofta drastiskt, super ensam för att komma bort, bli medvetslös eller dö.
- Inom sexindustrin.
- Förövarna har ofta själva varit offer under sin uppväxt.

Behandling av DESNOS

1. Tips till behandlare och patient

Försök åstadkomma detta:

- Ni behöver ha en god och tillitsfull kontakt.
- Traumadiagnosen behöver kunna bekräftas, men gå inte igenom övergreppen i detalj. Rubriker räcker.
- Ta reda på vad dissociation är och försök få den att blekna, om möjligt försvinna på sikt.
- **Dissociationen är för många livsfarlig, och en stark orsak till suicidförsök.**
- Personen behöver lära sig att leva i nutid och inse att traumaperioden har upphört och att det är minnena som nu terroriserar. Försök inte glömma men inse att idag är en annan tid.
- Minnen ska inte få styra dig, bestäm själv över ditt liv!
- Övergreppen är inte ditt fel eller din skuld!
- DBT (dialektisk beteendeterapi) liksom EMDR (ett sätt att minska kopplingen mellan traumaminnen och ångest) är goda verktyg.
- Ridterapi och andra aktiviteter där man får en ökad kroppskännedom och balans är värdefulla.
- Bild, musik och dans och skrivande är också värdefulla redskap.
- Kan DESNOS bli din nya huvuddiagnos?



Tillsvidare använder jag diagnosnamnet ”PTSD” (uppväxttrauma) i journalen till dess vi får den nya ICD 11 i Sverige där Komplex PTSD ingår.

Undvik detta:

Alkohol och droger sätter ner den viktiga självkontrollen. Därför är det ett tveeggat svärd med benzoläkemedel (till exempel stesolid, sobril och temesta). Det kan rädda liv kortsiktigt men också utlösa paradoxal ilska och mer självdestruktivitet och suicidförsök.

Det är därför bättre att använda dem vid nödläge än ha en hög dos stadigt under lång tid. Försök att se det som en begränsad kur.

Cannabis
Förutom att det är en drog som påverkar psyket, kan den dessutom *i sig själv* vara psykosutlösande. Och psykosen kan bli kronisk!

FALLBESKRIVNING

En av mina patienter hade börjat i en kurs om "social träning". Här ingick att var och en skulle berätta om sin uppväxt. När min patient skulle göra det kändes det fel. Det hade blivit en tävling om vem som hade värsta uppväxten. Min patient vann den tävlingen, men till ett för högt pris. Hon blev akut sämre, började dricka och tänka på självmord igen.

Kort sagt ska man inte "gräva fram" de gamla traumana igen. De ska ligga i sin låda med etikett på. Vi vet att det hänt och det är kriminella handlingar som gjorts mot det egna barnet, men det ska inte "luftas". Det är som frystorkat neskaffe: häller du på varmt vatten blir det skållhett kaffe igen, som bränns likadant som då kaffet var nybryggt.



2. Psykoterapi vid DESNOS

Principen för behandling av DESNOS är att "här och nu och framåt" gäller i terapisamtal. Mer tillbakaskådande och "grävande" terapiformer passar inte här, de leder ofta till akut försämring och kan bli livsfarliga. Att uppmuntra att i detalj berätta om traumana är skadligt. Att däremot få rubrikerna och när det hände behövs för att sätta diagnosen och bekräfta kopplingen mellan upplevelserna och måendet.

3. Självhjälpslåda

Det kan vara bra att ha något att ta till när det blir jobbigt eller när ångesten slår till. Gärna något mekaniskt som suduko, läsa en bok, dammsuga, musicera eller måla.

Min patient C om egenvård och självhjälp

Vad kan jag själv göra för att må bättre?

Det finns några saker du kan göra, en av de viktigaste är att försöka få ordning på vardagen med sömn, mat och frisk luft. Det låter larvigt när man inte vill leva, men det är ändå så viktigt. Om sömnen kraschar, så kraschar jag och hunger skapar ångest. Försök hitta sätt att avleda de starka känslorna och ångesten.

För mig är stickning, musik, trädgårdsarbete och enkla mobilspel användbara metoder. Att sätta händerna eller fötterna i rörelse, är starkt ångestlindrande.

Jag har också så sakteliga lärt mig att det är okej att be om hjälp, när jag är väldigt rädd i en situation. Ibland tar jag med mig någon till tandläkaren eller vilket skrämmande ställe jag nu ska besöka. Andningsövningar har haft väldigt stor nytta, med dem kan jag lugna mig själv, på ett sätt som ingen lärt mig. Inför en händelse som oroar mig, kan jag göra dessa andningsövningar i förväg. Träna ofta, men träna i lägen när du är lugn, för att lätt kunna nå till andningen när du är stressad. Försök hänga upp din andning på något som gör den lugn.



Jag hör fortfarande min psykologs röst i huvudet, när han säger ”sjunk ned, tyngre och tyngre”, trots att det är några år sedan vi sågs.

Ibland blir jag väldigt orolig av någon orsak. Då har jag nytta av att ha en trygg plats, både i minnet och i verkligheten. I minnet tänker jag mig att jag ligger på en speciell klippa i havet, där vågorna brusar, och andas i takt med vågorna. I verkligheten finns två platser, dels den stora blå fåtöljen med den randiga filten, dels sängen under bolltäcket. Här kan jag stänga av omgivningen, om den blir för påträngande och jag är inte rädd på dessa platser.

Att uttrycka känslor är svårt, orden räcker inte alltid till för att uttrycka exempelvis bottenlös skräck. För mig har olika typer av konstnärliga verksamheter varit till stor nytta. Jag har målat mina känslor, jag har trummat dem och jag har gjort lergubbar av dem. Ibland har jag också haft spellistor med musik som bekräftar känslorna. Det finns mycket mer man kan göra och var och en måste hitta sin väg, men det är exempelvis stort att våga visa sig arg.

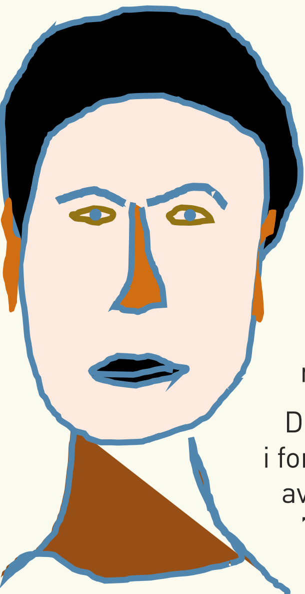




4. Behandling av Komplex PTSD – svårare fall

Som alltid med traumatiserade personer gäller det att återskapa grundtrygghet. Det kan vara riktigt svårt för den som ständigt upplevt att den som man litat på svikit. Särskilt om det är ny bedömare och ny avdelning varje gång. Personen hamnar i en situation där hen testar den som verkligen försöker hjälpa. Detta får till effekt att den hjälpare som försöker mest får det svårast. Då är det lätt att ge upp. Men om man härdar ut kan personen till slut börja tro på medmänniskorna igen och även på sig själv.

Det avgörande blir att minska dissociationen. Den är till en början psykiskt livräddande, men blir hos den unge vuxne ett hinder och en stor risk för nya självmordsförsök. Det är bokstavligen ”livsfarligt”, förr eller senare dödar upprepade självmordsförsök.



5. ”It takes two to tango”

Runt denna typ av patienter uppstår ofta ett ”vi-och-dom-tänk” som man måste tona ner. Ibland blir det fel, men laget behövs och alla måste respektera varandra. Anhöriga är extra viktiga och det krävs att man kan ha en fungerande dialog med dessa och att alla drar åt samma håll.

Det händer, trots alla ambitioner, att det uppstår en ond ritual i form av ett självmordsbeteende. Då om inte förr krävs en bra avdelning, en bra akutmottagning och en ”dirigent” som får ”orkestern av inblandade” att bli samspelt.

Ibland ser vi också hur vården bidrar negativt genom långa vårdtider, ibland tvångsvård och ständigt nya läkare. I sådana fall gäller det att begränsa antalet inblandade och skaffa en skriftlig gemensam plan som både patient och vård försöker följa. Det kan fungera bra att ge patienten ett VIP-kort, som innebär rätt att lägga in sig upp till exempelvis fem dagar oavsett om det är fullt eller inte. Patienten går direkt till sin avdelning, samma varje gång, utan att tvingas sitta i timmar på akuten för att träffa en ny jourläkare.





6. Anhöriga

De anhöriga påverkas mycket av DESNOS. De hamnar mitt i det kaos som uppstår kring och i den sjuke. Kanske är de också rädda för vad som ska hända med personen, som de ibland inte känner igen. Inte minst för barnen är detta konstigt och skrämmande.

Det är viktigt att de anhöriga har bra kontakt med dem som behandlar. I vardagen är det den anhörige som vet hur det fungerar och hur den som är sjuk mår. Och som måste känna när det blir mer livsfarligt än annars och larma. Och som ibland tar ut en del instängd ilska på oss när det krånglar.

Men kaoset och röran går över. Vi måste veta detta och ingjuta hopp hos anhöriga och patient, och oss själva.

Min patient C om anhöriga

Jag har frågat mina anhöriga, vad de skulle behövt för hjälp, när jag mådde som sämst, ständigt var på flykt, drömde mardrömmar, gjorde självmordsförsök och var inlagd långa perioder. Deras korta svar hade två delar.

För det första kunskap, de ville veta vad det var som gjorde mig så sjuk men också vad de kunde göra. En viktig punkt i det som de ville ha fått förklarat för sig, är dissociation och vilka sätt som finns att bemöta en person som dissocierar. Det är så svårt att förstå om man står bredvid och personen man älskar, inte är den person hen brukar vara och inte går att nå med prat. Självmordsförsöken var också svåra att hantera. Hur förhåller man sig till att den sjuka personen inte vill vara kvar, fastän du älskar hen?

För det andra säger de att vi hade behövt mer hjälp, som familj betraktat, för att hitta vägar att hantera kaoset. Dessutom kunde de beskriva att de hade behövt någon att prata med, som inte var knuten till mig, utan bara deras egen kontakt, men ändå kunnig om vad PTSD/DESNOS innebär. De poängterade dessutom att det var viktigt att vi ändå gjorde roliga och normala saker, som att åka på utflykt, laga mat, resa, spela och gå i skogen.

Vad kan då en anhörig person göra själv? Sök information om PTSD/DESNOS på nätet och hos behandlarna. Tro inte på allt du läser, men det kan ge ledtrådar till en förståelse. Försök förstå, att den sjuke i känslosvallet kan säga saker som hen inte menar och gör saker som inte är genomtänkta. Det är också viktigt att ta hand om sig själv och ibland komma iväg och utöva något eget fritidsintresse tillsammans med andra människor. I perioder när den sjuke mår väldigt dåligt, är det till stor hjälp om du kan stötta i att fokusera på det friska i livet. Kanske är det att laga mat tillsammans, gå en promenad tillsammans eller titta på en film. Gör gärna alldeles vanliga saker, som är viktiga för att skapa en frisk vardag för den som är sjuk.



Min patient C om då och nu

När jag mötte kunskapen om PTSD och DESNOS för första gången, var livet ett stort kaos. Känslorna styrde hela mitt liv, jag drömde de hemskaste mardrömmar och var rädd för otroligt mycket. Jag hade träffat läkare och andra inom psykiatrin och fått mängder av olika diagnoser, lika många mediciner, men ingen verklig hjälp. En dag mötte jag Svante som förstod och kunde ingjuta hopp i mig. Äntligen skulle jag kunna få hjälp. Livet fortsatte att vara ett stort kaos under en lång tid, men jag förstod åtminstone varför. Med hjälp av Svante, en bra och kunnig psykolog och en sjukgymnast med stort hjärta, blev symtomen mindre påtagliga. Jag lärde mig lita på människor igen och jag hade någon att be om hjälp. Med hjälp av terapi, kunskap, kroppskännedom, musik och värme, blev jag mot alla odds bättre.

Idag är jag fortfarande en känslig människa men det är inte längre handikappande. Jag väljer att avstå vissa situationer som stressar för mycket, jag läser inte böcker om barn som varit inlåsta och jag ber om hjälp när livet kör ihop sig. Mina anhöriga är inte längre oroliga, när jag är ensam hemma. Så sakteliga har jag också lärt mig sätta gränser mot andra människor, jag är också viktig. Mardrömmarna kommer tillbaks när jag har feber men med bolltäcke och regelbundna tider, sover jag på nätterna.

Så ha hopp, det kan bli bättre.



Avslutning

Våra erfarenheter är att diagnosen DESNOS eller Komplex PTSD innebär att detta går att förklara, det är en naturlig följd av en mycket svår barndom.

För de insatta är det en känd diagnos där det finns en hel del god behandling som gör stor skillnad. Tyvärr är det många i vården som ännu inte kan detta boken beskriver, men vi hoppas bland annat kunna nå dem bakvägen via er kära läsare!

Kunskap ger alltid mer kraft och uthållighet, som på sikt kan minska lidandet hos alla er som har uppväxttraumadiagnos. Genom denna lilla boks tips och kunskap hoppas jag att du kanske finner kanske delvis ny förklaring till dina symtom och en bättre väg till mognad och hälsa.

Jag skulle önska att de föräldrar och andra vuxna som blev förövare, senare i livet skulle komma till klarhet i vad de ställt till med, hur de skadat det barn som de borde ha gett allt gott. Men tyvärr har jag aldrig upplevt någon som uppvisat ånger.

Även om tanken kanske slagit dem klarar de inte att be om förlåtelse. Kanske gör det för ont att se klart, ofta är de själva offer som små och upprepar ett mycket dåligt mönster. Givetvis är ansvaret stort och delat, både för den som aktivt slår och den som inte hindrar det eller vänder bort blicken.

> Det är förbjudet att behandla barn illa. Om det är något som vi misstänker sker i nutid är vi alla skyldiga att göra en OROS-anmälan till socialtjänsten.

Som vuxenpsykiater träffar jag dessa barn som vuxna. Det kan ha gått 10–30 år sedan brotten hände. I kontakten gör jag det tydligt att detta är förbjudet och straffbart. I ett lugnt skede brukar jag också ta upp frågan om polisanmälan, men en rättegång kräver att patienten är i god balans då hon ofta är enda vittnet. Förövare brukar neka till brott.

Det är i så fall patienten som ska anmäla.

Svante Bäck

samt min vän och medskrivare C; hon som vet hur det känns och framgångsrikt kämpat sig igenom en lång behandling.



LÄSTIPS

Tänk dig för så du inte läser sånt som väcker upp dina egna traumaminnen. Undvik det som känns alltför jobbigt.

BEN FURMAN
Det är aldrig försent att skaffa sig en lycklig barndom.
Natur och Kultur 2005

BESSEL VAN DER KOLK
The Body keeps the score.
Engelska. Penguin Pocket 2015

SUZETTE BOON M FL
Att hantera traumarelaterad dissociation.
Insidan 2011

CHRISTINA LEJONÖGA M FL
Leva nu, om trauma & dissociation.
Recito förlag 2018

JUDITH HERMAN
Trauma och tillfrisknande.
Göteborgs Psykoterapi Institut 2007

MONICA DAHLSTRÖM-LANNES
Mot dessa våra minsta.
Dejavu Publicerin 2010





Om uppväxttraumats betydelse för den vuxne. Inom psykiatrin, rättspsykiatrin, kriminalvården och samhället i stort.

Svante Bäck, vuxenpsykiater och
C (min tidigare patient).





H. Lundbeck AB
Slagthuset, 211 20 Malmö
+46 40 699 82 00, www.lundbeck.se